



Mentaliseringsbasert terapi og kognitiv atferdsterapi i miljøarbeid.

Sykepleiers terapeutiske rolle for å bidra til bedring hos pasienter med en  
schizofrenidiagnose preget av psykotiske symptomer.

Kandidatnummer: 133

VID vitenskapelige høyskole

Diakonova

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BIS 2015

Antall ord: 10344

09.03.2018 Kl. 13.00

**Bacheloroppgaver med karakteren A:**

Jeg samtykker i at min bacheloroppgave publiseres med navn i VID vitenskapelig høyskole  
åpne elektroniske arkiv (VID OPEN):

Sett kryss

Ja: x ☐

Nei: ☐

*Mennesker er mennesker i et eller annet system. Menneskene kan endre disse systemene, men systemene kan også endre menneskene. Og skal vi forstå enkeltmennesket, må vi se både på den enkelte, og på helheten. Vi vil nok aldri forstå alt da heller, men kanskje litt mer enn om vi holdt oss til diagnosene. For diagnoser kan bare beskrive. Skal vi forstå, må vi se på menneskene.*

*(Arnhild Lauveng, 2017)*

# Innholdsfortegnelse

<b>1. Innledning</b>	<b>1</b>
1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans	2
1.3.1 Oppgavens hensikt	2
1.3.2 Sykepleiefaglig relevans	2-3
1.4 Avgrensninger	3-4
1.5 Begrepsavklaringer	4
1.6 Oppgavens videre oppbygning	5
<b>2. Metode</b>	<b>6</b>
2.1 Metodebeskrivelse	6-7
2.2 Databasesøk	8-9
2.3 Kildekritikk	10-13
<b>3. Teori/funn</b>	<b>14</b>
3.1 Schizofreni og psykotiske symptomer	14
3.2 Sykepleieteori- Joyce Travelbee	14-15
3.3 Bedringsorientert omsorg	16
3.4 Kognitiv atferdsterapi	16
3.4.1 Kognitiv atferdsterapi i miljøet	17
3.4.2 Kognitiv atferdsterapi ved psykotiske symptomer	17-18
3.5 Mentaliseringsbasert terapi	18
3.5.1 Mentaliseringsbasert terapi i miljøet	18-19
3.5.2 Mentaliseringsbasert terapi ved psykotiske symptomer	19-20
3.6 Etikk og lovverk	20
3.7 Forskningsartikler	21-27
<b>4. Drøfting</b>	<b>28</b>
4.1 Menneske- til- menneske forholdet: relasjonens betydning i miljøterapeutiske tilnærminger	28-29
4.2 Mentaliseringsbasert terapi: sykepleiers terapeutiske rolle i miljøet	29-30
4.3 Kognitiv atferdsterapi: sykepleiers terapeutiske rolle i miljøet	30-31
4.4 Mentaliseringsbasert terapi og bedring av symptomer	31-33
4.5 Kognitiv atferdsterapi og bedring av symptomer	34-35
4.6 Mentaliseringsbasert terapi og overførbarhet til praksis	35-36
4.7 Kognitiv atferdsterapi og overførbarhet til praksis	36-38
4.8 Ethiske overveielser	38-39
<b>5. Konklusjon</b>	<b>40</b>
<b>Litteraturliste</b>	<b>41-45</b>

# **1. Innledning.**

Dette kapittelet vil ta for seg presentasjon og bakgrunn for valg av tema, oppgavens problemstilling, oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans, avgrensning av oppgaven, begrepsavklaringer, samt oppgavens videre oppbygning.

## **1.1 Presentasjon og bakgrunn for valg av tema.**

Sosial- og helsedepartementet (1996, s.144-145) beskriver i sin stortingsmelding schizofreni som er alvorlig sinnslidelse med kjennetegn av sykdomsdebut i tidlig alder. Ikke-affektive psykotiske lidelser, som schizofreni, er ansvarlige for en betydelig del av den totale sykdomsbelastningen og utgjør den femte og sjette ledende årsaken til uførhet i verden, henholdsvis blant både menn og kvinner (Wejjers et al., 2016). En liten andel av pasientene med en schizofrenidiagnose kan bli friske, men de fleste vil ha behov for langvarig behandling (Sosial- og helsedepartementet, 1996, s.144.145).

Bakgrunnen for valg av tema baseres først og fremst på egne erfaringer fra praksisstudiet i psykiatri. Jeg var på en avdeling som i hovedsak var preget av pasienter med psykoselidelser. Den største andelen av pasientene hadde en schizofrenidiagnose i bunn og var innlagt grunnet en akutt sykdomsfase preget av psykotiske symptomer. Som student tilbragte jeg mye tid i miljøet og opplevde å bygge tillitsfulle og nære relasjoner til enkelte av pasientene. Likevel oppfattet jeg at mesteparten av den strukturerte og målrettede behandlingen ble gitt i samtalerom mellom pasient og psykolog/psykiater. På bakgrunn av dette fattet jeg interesse for hvordan vi som miljøterapeuter kan nyttiggjøre oss av denne relasjonsetableringen, samt hvilke terapeutiske tilnærmingmetoder miljøterapeutene kan anvende for å bidra til bedring hos denne pasientgruppen. Videre ønsker jeg å jobbe innen psykiatri etter endt utdanning, og vil derfor med fordel tilegne meg mer kunnskap innen fagområdet.

Med de overnevnte fakta og erfaringer til grunn ønsker jeg å fordype meg i dette temaet og øke min kompetanse innen valgt emne.

## **1.2 Problemstilling.**

*«Mentaliseringsbasert terapi og kognitiv atferdsterapi i miljøarbeid: Sykepleiers terapeutiske rolle for å bidra til bedring hos pasienter med en schizofrenidiagnose preget av psykotiske symptomer.»*

## **1.3 Oppgavens hensikt og sykepleiefaglig relevans.**

### ***1.3.1 Oppgavens hensikt.***

Hensikten med denne oppgaven er å se nærmere på hvordan sykepleier gjennom en tillitsfull relasjon med pasienten kan bruke sin terapeutiske rolle i miljøarbeidet for å bidra til bedring hos pasienter med en schizofrenidiagnose preget av psykotiske symptomer. Hovedfokuset vil være å undersøke mentaliseringsbasert terapi og kognitiv atferdsterapi er brukervennlige og overførbare i miljøterapeutisk arbeid, og om disse kan bidra til bedring for denne pasientgruppen.

### ***1.3.2 Sykepleiefaglig relevans.***

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere presiseres det at sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (NSF, 2016).

Miljøterapi er det planlagte og gjennomtenkte arbeidet som utføres av en gruppe personale overfor en gruppe pasienter med målet om å bidra til bedring (Skårderud & Sommerfeldt, 2016, s. 18). Miljøterapiens formål er altså forenelig med de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere ved at en fremmer helse ved å bidra til bedring.

For å få tittelen miljøterapeut kreves det vanligvis bachelorutdanning fra høyskole. De vanligste faggruppene som jobber i miljøterapi er sykepleiere, vernepleiere, sosionomer og personer med utdanning i pedagogikk (Braut, 2014).

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere fremhever også sykepleierens ansvar for å holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og at en skal bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (NSF, 2016).

Mentalisering er et relativt nytt terapeutisk begrep, som har vakt stor interesse innen fagfelt som rus og psykiatri (Skårderud & Sommerfeldt, 2008).

Mentaliseringsbasert terapi ble etablert med utgangspunkt i å kreve lite tilleggs trening i forhold til grunnleggende kunnskaper om psykisk helse, noe som gjør at det kan være anvendbart for sykepleiere (Bateman & Fonagy, 2010).

Kognitiv terapi derimot, er en anerkjent behandlingsmetode som lenge har vært anvendt innen både psykiatri og somatikk (Brauset, Sundbye & Midgaard, 2017). Kognitiv terapi har lenge vært forbeholdt individualterapeuter som leger og psykologer. Det har i senere år blitt langt mer vanlig at sykepleiere tar utdanning innen kognitiv terapi. Det har også de senere årene noen steder blitt arrangert kurs der ulike yrkesgrupper kan delta, eksempelvis psykologer, leger og sykepleiere (Hallberg & Ørbeck, 2009).

Sammenlagt vil det overnevnte kunne vise til den sykepleiefaglige relevansen i forhold til valgt tema.

#### **1.4 Avgrensinger.**

Tradisjonelt sett deles Schizofreni inn i undergrupper som spesifiserer lidelsen. Imidlertid eksisterer det lite anerkjent forskning og dokumentasjon som viser at de forskjellige typene er stabile diagnostiske undergrupper (Helsedirektoratet, 2013). Det tas derfor ikke hensyn til at det finnes ulike undergrupper av schizofreni i denne oppgaven og schizofreni vil bli referert til som en samlet diagnose.

I tillegg til dette, har denne oppgaven hovedfokus på de psykotiske symptomene ved schizofreni, og diagnosen blir i hovedsak brukt som et utgangspunkt for en lidelse preget av vedvarende psykotiske symptomer. Diagnosen på sin side vil derfor få lite fokus i oppgaven.

En intermediæravdeling tar ofte imot pasienter fra akuttavdelingen og tilbyr et langvarig behandlingstilbud, noen uker til noen måneder (Håkonsen, 2013, s. 424). Pasienter med schizofreni, har i de fleste tilfeller behov for et mer langvarig behandlingstilbud (Jordahl & Repål, 2010, s. 151). Jeg har derfor valgt å avgrense oppgaven til pasienter innlagt ved en intermediæravdeling slik at utgangspunktet blir pasienter med et døgntilbud av lengre varighet.

Grunnet oppgavens omfang har jeg valgt å ikke skille mellom pasienter innlagt på ulike paragrafer (tvang/frivillig) i denne oppgaven. Samtidig ser jeg temaet for oppgaven min som relevant for alle pasienter med en schizofrenidiagnose preget av psykotiske symptomer som er en del av et postmiljø, uavhengig av innleggelsesparagraf (Helsedirektoratet, 2017; Psykisk helsevernloven, 2017, § 3-2 & § 3-3).

Videre vil også oppgaven på bakgrunn av overnevnte naturlig bli avgrenset til pasienter innlagt på «lukket» avdeling. Dette fordi pasienter innlagt med hjemmel i en tvangsparagraf i det fleste tilfeller er innlagt ved avdelinger der dørene er låst og rammene er mer kontrollerte (Håkonsen, 2013, s. 424).

### **1.5 Begrepsavklaringer.**

**Schizofreni:** Er en alvorlig psykisk lidelse kjennetegnet av endringer i tanker, sansing, følelser og handlinger (Malt, 2018).

**Miljøterapi:** En behandlingsform som vektlegger pasientens ståsted og egne ressurser. Felleskapet skal være av terapeutisk karakter og målet er å gi pasienten sosial støtte (Brauset, Sundbye & Midgaard, 2017).

**KAT:** Kognitiv atferdsterapi. Hensikten med terapien er å få en bedre forståelse for sammenhengen mellom det kognitive, emosjonelle, fysiologiske og atferdsmessige og på denne måten endre uhensiktsmessige måter å tenke, føle, reagere og handle på (Eide & Eide, 2013, s. 351).

**KMT:** Kognitiv miljøterapi: En aktiv, strukturert, problemorientert, psykoedukasjonell og dynamisk behandlingsform. Den kognitive behandlingsmodellen i miljøet gir pasienten mulighet til å finne alternativer til uhensiktsmessige reaksjonsmønstre og utvikle nye ferdigheter (Holm et al., 2006, s.17).

**MBT:** Mentaliseringsbasert terapi. Terapiform som vektlegger at å forstå seg selv og andre er nøkkelen til å regulere følelser (Skårderud & Sommerfeldt, 2008).

**Mentaliseringsbasert miljøterapi:** Terapi der de mentaliseringsbaserte prinsippene blir anvendt i et miljøperspektiv (Skårderud & Sommerfeldt, 2008).

**Symptom:** Betegnes som en subjektiv opplevelse av abnormiteter ved en selv (Kåss, 2018).

**Terapi:** Er en samlebetegnelse for behandling; medisinsk, psykologisk, fysikalsk eller naturmedisinsk. I denne oppgaven rettet til psykologisk behandling (Skre, 2018).

## **1.6 Oppgavens videre oppbygning.**

Videre vil kapittel 2 omhandle metodebeskrivelse, databasesøk og kildekritikk av forskning og litteratur anvendt i oppgaven.

Kapittel 3 vil ta for seg teori/funn der jeg vil presentere fakta om schizofreni og psykotiske symptomer, litt om Joyce Travelbee sin sykepleieteori, litt om bedringsorientert omsorg, redegjørelse av de valgte tilnærmingsmetoden, tilnærmingsmetodene i miljøet, samt ved psykotiske symptomer. Til slutt i kapittel 3 vil etikk og yrkesetiske retningslinjer bli belyst. I kapittel 4 vil teori/funn bli drøftet sammen med 7 valgte forskningsartikler.

Til slutt i kapittel 5 vil problemstillingen bli besvart på bakgrunn av forskning og litteratur anvendt i oppgaven.



## **2. Metode.**

I dette kapittelet vil jeg først presentere litt om metode og beskrivelse av metodebruk i oppgaven. Videre vil jeg presentere databasesøk i form av en tabell. Til slutt vil min kritiske vurdering av forskning og litteratur anvendt i oppgaven bli lagt frem.

### **2.1 Metodebeskrivelse.**

En metode kan beskrives som alle midlene som inngår i arbeidsmåten som anvendes for å fremskaffe kunnskap. Metoden anvendes for å finne frem til data som er relevant for det vi ønsker å undersøke. Denne oppgaven er et litteraturstudium, noe som innebærer at relevant faglitteratur, forskning og personlige kilder blir anvendt for å belyse problemstillingen (Dalland, 2013, s. 114).

Litteratur anvendt i oppgaven er først og fremst pensumlitteratur fra emne om psykiatrisk sykepleie. Videre er også annen faglitteratur relevant for temaet anvendt for å få et bredere perspektiv og mer sentrert kunnskap om problemstillingen. Fagbøkene som er mest brukt i denne oppgaven er; Jordahl & Repål (2010): Mestring av psykoser, Hummelvoll (2016): Helt-ikke stykkevis og delt, Håkonsen (2013): Innføring i psykologi, Eide & Eide (2013): kommunikasjon i relasjoner og Skårderud & Sommerfeldt (2016): Miljøterapi boken. Videre er det også anvendt fagartikler fra sykepleien, samt andre internettkilder.

For å utforme problemstillingen har jeg anvendt PICO-skjema som verktøy. PICO-skjemaet har også blitt brukt som redskap for å finne relevante søkeord jeg kunne anvende for å finne frem til forskningsartikler. De mest anvendte engelske søkeordene er: psychotic disorder, schizophrenia, nurse, mental health, mentalization, mentalization-based therapy, cognitive therapy, cognitive behavioral therapy, reallition og recovery. De mest anvendte norske søkeordene er: Psykoselidelse, schizofreni, bedring, kognitiv terapi, kognitiv atferdsterapi, kognitiv miljøterapi, mentalisering, mentaliseringsbasert terapi, sykepleier og relasjon. Anvendte databaser er: PubMed, Sykepleien, Idunn og Google scholar. For å finne de mest relevante forskningsartiklene avgrenset jeg først søket til «mest relevante treff» og årstall 2008-2018. Jeg fant begrenset med relevant forskning innenfor de 10 siste årene og valgte derfor å se på forskningsartikler som også var eldre enn 10 år gamle, noe som førte til noen flere relevante treff.

Til slutt falt valget på 7 forskningsartikler jeg ønsket å anvende i oppgaven min. Artikkene er både kvantitative og kvalitative. En kvantitativ metode impliserer forskning der få opplysninger blir innhentet fra mange undersøkelsespersoner, mens en kvalitativ metode impliserer at en innhenter mange opplysninger fra få undersøkelsespersoner. Formålet med en kvantitativ metode vil være å få frem forklaringer og fremstille deler av området, mens hensikten med en kvalitativ metode vil være å fremstille en sammenheng og helhet innen et bestemt område (Dalland, 2013, s. 112).

## 2.2 Databasesøk.

Database:	Søkeord:	Treff:	Relevant treff:	Tittel på utvalg:	Forfatter:	År:
<b>PubMed</b>	Cognitive behavioral therapy  Nurse  Psychosis	8	1	«Tayside-Fife clinical trial of cognitive-behavioral therapy for medication-resistant psychotic symptoms.»	Durham, Guthrie, Morton, Ried, Treiving, Fowler & MacDonald.	2003
<b>PubMed</b>	Staff nurse  Mentalization  Borderline	1	1	«Staff nurse perceptions of the impact of mentalization-based therapy skills training when working with borderline personality disorder in acute mental health: a qualitative study.»	Warrender.	2015
<b>Google Scholar</b> <i>Avansert søk.</i>	Borderline personality disorder, treatment, mentalization, randomized, controlled trial.  <b>Forfattersøk:</b> Anthony Bateman.	85	2	«Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial.»  «8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual.»	Bateman & Fonagy.       Bateman & Fonagy.	1999       2008

<b>Database:</b>	<b>Søkeord:</b>	<b>Treff:</b>	<b>Relevante treff:</b>	<b>Tittel på utvalg:</b>	<b>Forfatter:</b>	<b>År:</b>
<b>Idunn</b> <i>Tidsskrift for psykisk helsearbeid.</i>	Relasjon Bedring Psykisk helse	36	1	«Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid- en kvalitativ studie.»	Torbjørnsen, Strømstad, Aasland & Rørtveit.	2014
<b>Google Scholar</b> <i>Avansert søk.</i>	Schizophrenia, nurse, psychosis, cognitive behavioral therapy, meta analysis. <b>Årstall:</b> 2008-2018	17100	4	«Cognitive- Behavioral Therapy for Medication- Resistant Psychosis: A Meta-Analytic Review.»	Burns, Erickson & Brenner.	2014
<b>PubMed</b>	Cognitive behavioral intervention, nurse, schizophrenia.	14	3	«Outcomes of an effectiveness trial of cognitive behavioral intervention by mental health nurses in schizophrenia.»	Turkington, Kingdon, Rathod, Hammond, Pelton & Mehta.	2006

### **2.3 Kildekritikk.**

Dalland (2013, s. 67) beskriver kildekritikk som å stille seg kritisk til kildematerialet som blir anvendt. Dette impliserer blant annet å evaluere og vurdere om de brukte kildene er relevante, holdbare og aktuelle nok til å anvendes i den aktuelle oppgaven.

Videre presiserer Dalland (2013, s. 64) at primærlitteratur i all hovedsak skal oppsøkes dersom det er mulig. For øvrig er mye av litteraturen som er anvendt i denne oppgaven sekundærlitteratur. Blant annet er Eide & Eide (2013): Kommunikasjon i relasjoner, anvendt for å beskrive Joyce Travelbee sin teori. Likevel velger jeg til tross for at sekundærlitteratur er anvendt, å anse disse kildene som holdbare og troverdige ettersom at dette er godkjente fagbøker og pensumbøker, det tas likevel forbehold om at litteratur skrevet av sekundære forfattere kan ha medført feiltolkninger som overføres videre til min litteraturstudie.

Videre har jeg også valgt å bruke internettkilder der det har vært hensiktsmessig for å få faktabaserte opplysninger i oppgaven. Herunder har jeg i all hovedsak valgt å anvende kilder som kan knyttes til en forfatter innen fagområdet eller anerkjente helserelevante nettsteder.

Videre er seks av syv valgte forskningsartikler i denne oppgaven skrevet på engelsk, samt utført i andre land enn Norge. På bakgrunn av dette tas det forbehold om at språket kan ha påvirket min tolkning av innholdet i studiene, samt at praktisering i andre land kan være forskjellig fra norsk praksis.

Det er også viktig å nevne at det ved søk i Google Scholar kom flere tusen treff på valgte søkeord. Selv med mange relevante søkeord, samt begrensninger i årgang og forfatter var det problematisk å begrense antall treff. Det tas derfor forbehold om at det i denne databasen mulig eksisterer andre artikler av mer konkret relevans til min problemstilling.

På bakgrunn av at mentaliseringsbasert terapi er et relativt nytt terapeutisk begrep, er det begrenset med forskning utført rundt tematikken. Med dette til grunn er tre av forskningsartiklene i dette litteraturstudiet basert på mentaliseringsbasert terapi knyttet til ustabil personlighetsforstyrrelse. Dette er ikke direkte overførbart til min problemstilling. Likevel har jeg valgt å ha med disse forskningsartiklene i kombinasjon med en forskningsprotokoll som begrunner den sannsynlige overførbarheten til psykotiske lidelser. Jeg valgte også å ha med tre forskningsartikler rundt denne tematikken for å få et bredere perspektiv og et mer solid grunnlag for å knytte denne tilnærmingemetoden til psykotiske symptomer. Med det sagt, vil det overnevnte ikke bli videre belyst i kildekritikken av de individuelle studiene.

Med det overnevnte til grunn har jeg i denne oppgaven også valgt å inkludere erfaringer fra to miljøterapeuter som jobber med valgt pasientgruppe ved to ulike psykiatriske sengeposter; en sykepleier og en sosionom. Det tas forbehold om at den ene informanten er sosionom, og at hennes erfaringer ikke nødvendigvis er direkte overførbare til sykepleierrollen.

Kommunikasjon med begge informantene har foregått via tekstmeldinger.

Videre vil jeg presentere svakheter ved de individuelle artiklene tilknyttet min oppgave:

Artikkel 1: «Tayside-Fife clinical trial of cognitive-behavioral therapy for medication-resistant psychotic symptoms.» (Durham et al., 2003).

Kildekritikk: Forskningsartikkelen fokuserer på medikamentresistente psykotiske symptomer, mens jeg i min oppgave belyser kognitiv atferdsterapi som tilleggsbehandling til den medikamentelle. Dette kan medføre at funn i artikkelen muligens ikke er direkte overførbare til valgt pasientgruppe. Likevel har jeg valgt å se denne studien som relevant, grunnet at fokuset i både studien og min oppgave er på kognitiv atferdsterapi som tilnæringsmetode og ikke den medikamentelle behandlingen.

Videre er denne studien fra 2003, altså eldre enn 10 år. Artikkelen kan medføre at praksis har endret seg og at funnene ikke lenger er av like stor relevans for dagens praksis.

Artikkel 2: «Staff nurse perceptions of the impact of mentalization-based therapy skills training when working with borderline personality disorder in acute mental health: a qualitative study.» (Warrender, 2015).

Kildekritikk: En svakhet med denne studien er at den kun ser på sykepleiers oppfatning av effektene mentaliseringsbasert ferdighetstrening har hatt på utøvelsen av praksisen i forhold til denne pasientgruppen. Den ser ikke direkte på de evidensbaserte effekter i forhold til sykdomsbedring. Likevel ser jeg denne studien som svært relevant og et godt bidrag til denne oppgaven ettersom den baserer seg direkte på sykepleiere og ikke andre profesjoner.

Artikkel 3: «Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial.» (Bateman & Fonagy, 1999).

Kildekritikk: Denne studien er utgitt i 1999, og er dermed eldre enn 10 år gammel. Videre rettes studien mot delvis institusjonaliserte pasienter, mens denne oppgaven tar for seg pasienter innlagt i en intermediæravdeling. Dette kan medføre at funn ikke er av konkret relevans for oppgavens problemstilling. Jeg ser likevel studien som betydningsfull for denne oppgaven fordi dette kan anses som pilotstudiet og dermed er primærkilde for denne terapiformen.

Artikkel 4: «8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual.» (Bateman & Fonagy, 2008).

Kildekritikk: Denne studien baserer seg på behandling gjort på et høyere nivå enn hva som er relevant for sykepleier i miljøterapi, noe som medfører at framgangsmåten på behandlingen ikke er direkte overførbar til sykepleierollen: Likevel anser jeg denne artikkelen som relevant, blant annet fordi den sammenligner mentaliseringsbasert terapi med standard psykiatrisk behandling, noe som vil gi en god indikasjon på effekten av terapien.

Artikkel 5: «Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid- en kvalitativ studie.» (Torbjørnsen, Strømstad, Aasland & Rørtveit, 2014).

Kildekritikk: Den kvalitative studien har fokus på relasjonens betydning i psykisk helsearbeid på generell basis. Det tas derfor forbehold om at den ikke belyser relasjonens betydning i lys av en spesifikk pasientgruppe og at viktige faktorer knyttet til tematikken i min oppgave derfor kan være utelukket. Likevel ser jeg studien som svært relevant ettersom at den belyser mange viktige elementer som kan knyttes til min problemstilling.

Artikkel 6: «Cognitive-Behavioral Therapy for Medication-Resistant Psychosis: A Meta-Analytic Review.» (Burns, Erickson & Brenner, 2014).

Kildekritikk: Denne meta-analysen ser på effekten av kognitiv atferdsterapi for pasienter med medikament resistent psykose i poliklinisk sammenheng. Oppgaven min derimot tar for seg pasienter innlagt ved en lukket intermediæravdeling. Jeg tar derfor forbehold om at funnene ikke nødvendigvis er direkte overførbare til pasienter i en lukket intermediæravdeling. Videre fokuserer denne studien på pasienter med medikament-resistent psykose. Det tas derfor videre forbehold om at funnene knyttet til medikament resistent psykose ikke nødvendigvis er av konkret relevans til pasientgruppen belyst i dette litteraturstudie. Jeg har likevel vurdert metaanalysen til å være av relevans for oppgaven, grunnet fokuset på kognitiv atferdsterapi på positive psykotiske symptomer, samt at studiens omfang gir et godt empirisk grunnlag for drøfting.

Artikkel 7: «Outcomes of an effectiveness of cognitive behavioral intervention by mental health nurses in schizophrenia.» (Turkington et al., 2006).

Kildekritikk: Denne studien er fra 2006, og er dermed mer enn 10 år gammel. Det tas derfor forbehold om at funnene i studien ikke nødvendigvis samsvarer med dagens praksis. Denne studien er også gjort i et kommuneperspektiv, noe som kan medføre at funnene ikke er direkte overførbare til en sykehusavdeling og et miljøperspektiv.

Likevel ser jeg artikkelen som relevant, fordi terapien er gitt av psykiatriske sykepleier, og kan gi en indikasjon på effekter og overførbarhet til sykepleierollen.



### **3. Teori/Funn.**

I dette kapittelet vil jeg presentere fakta om schizofreni og psykotiske symptomer, litt om Joyce Travelbee sin sykepleieteori, bedringsorientert omsorg, redegjørelse av de valgte tilnærmingsmetoden, tilnærmingsmetodene i miljøet, samt ved psykotiske symptomer og til slutt etikk og yrkesetiske retningslinjer.

#### **3.1 Schizofreni og psykotiske symptomer.**

Ved psykoselidelser er det vanlig å skille mellom positive og negative symptomer. Ordet positivt i denne sammenhengen henspiller på symptomenes aktive natur og er et tillegg av noe som ikke var der tidligere (Jordahl & Repål, 2010, s. 21). De vanligste positive symptomene ved psykose er sanseforstyrrelser i form av hallusinasjoner og tankeforstyrrelser i form av vrangforestillinger som for eksempel storhetsideer, forfølgelsesideer og en følelse av at kroppen endres (Håkonsen, 2013, s. 335).

De negative symptomene viser til de symptomene som kan beskrives som fravær av noe. De vanligste negative symptomene ved psykoselidelser er avflatning av følelser som kan medføre tretthet, sløvhet, affektavflatning, passivitet, tiltaksløshet og ambivalens (Jordahl & Repål, 2010, s. 21).

Schizofrenilidelser kjennetegnes av gjenkjennelige forandringer i måter å tenke og føle på, og er i stor grad preget av psykotiske symptomer. Mange av de overnevnte symptomene som gjelder for psykoselidelse generelt er også veldig sentrale kjennetegn for schizofrenilidelser. Eksempelvis er hallusinasjoner, vrangforestillinger, ambivalens og isolasjon sentrale symptomer ved schizofreni og ved psykotiske lidelser for øvrig (Håkonsen, 2013, s. 339).

#### **3.2 Sykepleieteori- Joyce Travelbee.**

«Mellommenneskelige relasjoner kan påvirke den enkeltes holdning til egen lidelse, for eksempel til å finne mening i den, og følgelig hjelpe personen til å mestre både lidelsen og sykdommen bedre» (Eide & Eide, 2013, s. 136).

Joyce Travelbee fremlegger en sykepleieteori som i hovedsak vektlegger sykepleie som en mellommenneskelig prosess. Travelbee legger stor vekt på kommunikasjon mellom sykepleier og pasient, samtidig som hun stiller seg sterkt kritisk til å bruke disse betegnelse.

Det fremkommer i teorien at dette er på bakgrunn av at betegnelsene «sykepleier» og «pasient» bidrar til stereotypier og rolleoppfatninger som visker vekk det unike i hvert individ. Travelbee beskriver sykepleierens oppgaver som; å se pasienten som et unikt individ, å utvikle et «menneske- til- menneske forhold» til pasienten for så å imøtekomme pasienten eller andre involverte sine behov og dermed oppfylle sykepleiers hensikt.

Travelbee ser kommunikasjon som et sentralt verktøy for å kunne etablere dette menneske-til- menneske forholdet (Eide & Eide, 2013, s.135).

Travelbee beskriver også at utvikling av menneske- til- menneske forholdet er en prosess med flere stadier. Denne prosessen kan presenteres av en modell med inngående fem punkter;

1. Det innledende møtet er når sykepleier møter pasienten for første gang. Det innledende møtet handler ifølge Travelbee om førsteinntrykk der sykepleier og pasient vil observere, vurdere å trekke slutninger om hverandre (Eide & Eide, 2013, s.137).
2. Den andre fasen i etablering av menneske- til- menneskeforholdet beskrives av Travelbee som fasen der bånd etableres mellom pasienten og sykepleieren. Rollen som pasient og sykepleier blir mindre betydelig og menneske som individ blir mer synlig. (Eide & Eide, 2013, s. 138).
3. Den tredje fasen beskrives av Travelbee som fasen der sykepleier forholder seg empatisk ovenfor pasienten. Travelbee sin beskrivelse av empati er; evnen til å inngå i, delta i og forstå et annet menneskes psykologiske tilstand. Hun vektlegger empati som en forutsetning og nødvendighet for å kunne forstå pasienten, men at empati alene ikke er tilstrekkelig for god sykepleie (Eide & Eide, 2013, s.138).
4. Den fjerde fasen beskrives av Travelbee som fasen der sykepleier beveger seg fra empatisk til sympatisk holdning ovenfor pasienten. Travelbee sin beskrivelse av sympati er; holdning eller innstilling, en måte å føle og tenke på, som kommuniseres til pasienten, en holdning av dyptliggende omtanke og interesse for pasienten. Videre beskriver hun at sympati innebærer et ønske om å hjelpe pasienten, ikke fordi det forventes, men fordi en ser pasienten som et individ. Sympatien vokser ifølge Travelbee fram av den empatiske prosessen (Eide & Eide, 2013, s. 138).
5. Med de fire foregående fasene til grunn mener Travelbee at sykepleier- og pasient forholdet har utviklet seg mot gjensidig forståelse og kontakt. Den siste fasen innebærer realisering av det menneske- til- menneske forholdet som ifølge Travelbee er grunnsteinen for å imøtekomme sykepleierens formål (Eide & Eide, 2013, s. 139).

### **3.3 Bedringsorientert omsorg.**

Bedringsorientert omsorg blir i litteraturen definert som: «En personlig reise, men der et godt reisefølge, i perioder, kan utgjøre den store kvalitative forskjellen- sett opp mot å måtte reise alene. Reiseruten må bestemmes av den enkelte ut fra egne verdier og forutsetninger, men gjennomføringen påvirkes av tilgjengelige midler og faktiske muligheter.» (Hummelvoll, 2016, s. 55-56).

Hummelvoll (2016, s. 56) viser til at begrepet bedring (recovery) grovt sett kan deles inn i tre hovedbruksområder. Jeg har imidlertid valgt å ta utgangspunkt i forståelsen nummer to av begrepet bedring, som blir beskrevet slik: Bedring som en konsekvens av virksomme behandlingsintervensjoner (klinisk bedring). Denne forståelsen av bedring viser seg gjennom symptomfrihet og at en klarer å gjennomføre de dagligdagse oppgavene (Hummelvoll, 2016, s. 56).

### **3.4 Kognitiv atferdsterapi(KAT).**

Kognitiv atferdsterapi er en endringsorientert metode, der behandlingen er personsentrert og strukturert rundt pasientens egne målsetninger som de ønsker å virkeliggjøre. Ved anvendelse av kognitiv atferdsterapi er målet å påvirke pasientens uønskede følelser og symptomer, ved å endre deres måte å tenke på (Eide & Eide, 2013, s. 351).

For at dette skal være gjennomførbart i praksis det blitt utviklet en kognitiv forståelsesmodell. Denne modellen kan fremstilles gjennom en ABC-modell med tre faktorer:

A: Er en hendelse.

B: Er en antakelse eller tenking rundt A.

C: Er en følelse eller handling.

ABC-modellen er et utgangspunkt for hvordan terapeut kan prøve å forstå pasientens situasjon. Tilnærmingen tar utgangspunkt i å kartlegge de automatiske tankene og forestillingene pasienten har om en aktuell situasjon og knytte disse til leveregler. Terapeutens oppgave er å utfordre pasienten til alternative måter å tenke og forstå den aktuelle situasjonen på og på denne måten medvirke til endring av følelser eller handling knyttet til en hendelse (Jordahl & Repål, 2010, s. 152).

### ***3.4.1 Kognitiv atferdsterapi i miljøet.***

Kognitiv atferdsterapi var opprinnelig en individuell samtaleterapeutisk behandling mellom pasient og terapeut, men har gjennom kurs og utdanninger de senere årene gjort det mer tilgjengelig for sykepleiere (Løvaas & Johansen, 2012). Da kognitiv atferdsterapi begynte å brukes i miljøet var hensikten å anvende atferdsterapeutiske behandlingsprinsipper i miljøterapien med de innlagte pasientene (Helsedirektoratet, 2013).

KMT bygger på den samme kognitive modellen som blir brukt i kognitiv atferdsterapi ved psykiske lidelser for øvrig (Helsedirektoratet, 2013). Når de grunnleggende behandlingsprinsippene blir overført fra samtalerom til miljøterapi, påpeker Løvaas & Johansen (2012) at dette åpner for muligheten til å utnytte de «gylne øyeblikk» i hverdagen. I kognitiv atferdsterapeutisk behandling synes mange pasienter det kan være utfordrende og hente opp erfaringer fra hverdagen i samtale med sin behandler. I kognitiv miljøterapi er terapeuten aldri langt unna, og hendelser som oppstår kan utnyttes i øyeblikket. (Løvaas & Johansen, 2012).

### ***3.4.2 Kognitiv atferdsterapi ved psykotiske symptomer.***

Mange pasienter med en psykoselidelse sliter til tross for adekvat medisinerings og omfattende psykopedagogiske tiltak med symptomer i form av vrangforestillinger og hørselshallusinasjoner. Slike symptomer kan begrense pasienter med denne problematikken til å kunne fungere tilstrekkelig i hverdagen (Jordahl & Repål, 2010, s. 151).

Kognitiv atferdsterapi ved psykose bygger på de samme elementene som kognitiv atferdsterapi for øvrig, men tidsperspektivet for behandlingen er lenger og tilnærmingen er tilpasset pasienter med psykotiske symptomer. Det optimale målet med behandlingen er at pasienten skal bli kvitt sine psykotiske symptomer, med spesielt fokus på vrangforestillinger og hørselshallusinasjoner. Likevel påpeker litteraturen at det er mer realistisk at pasienten skal kunne mestre sine symptomer bedre og på denne måten kunne leve bedre med det i hverdagen enn hva de har kunnet tidligere (Jordahl & Repål, 2010, s. 151).

Pasienter med psykotiske symptomer sliter i mange tilfeller med psykiske vansker og kan på bakgrunn av dette ha problemer med å bearbeide informasjon, selv være aktiv i egen behandling, samt holde fokus i lengre perioder. Dette medfører at en kognitiv tilnærming kan være problematisk for enkelte pasienter å dra nytte av (Jordahl & Repål, 2010, s. 153).

Tiltak for å imøtekomme disse pasientenes behov kan være å føre et tydelig språk, fokusere på et problem av gangen, enkle hjemmeoppgaver, bruk av enkel skriftlig informasjon og eventuelt ulike registreringsskjemaer (Jordahl & Repål, 2010, s. 153).

### **3.5 Mentaliseringsbasert terapi.**

Mentaliseringsbasert terapi (MBT) beskrives som en evidensbasert tilnærming metode innen psykiatri som er utviklet av Anthony Bateman og Peter Fonagy. MBT som behandling ble i utgangspunktet utviklet for personer med ustabil personlighetsforstyrrelse. Denne terapeutiske tilnærmingen kan brukes i individualterapi, gruppeterapi, parterapi, familierapi og miljøterapi (Skårderud & Sommerfeldt, 2008).

Mentaliseringsbasert terapi har som hovedfokus å fremme mentaliseringsevnen og på denne måten bedre individets evne til følelsesregulering, identitetsbevarelse og deltakelse i mellommenneskelige forhold. Prosessen bygger på gjensidig oppmerksomhet mellom pasient og terapeut, der pasientens mentale liv er i fokus (Skårderud & Sommerfeldt, 2008).

Mentaliseringsbasert terapi fokuserer på søken om å fremme evnen til å forstå andre og seg selv, og kort oppsummert beskriver Skårderud & Sommerfeldt (2008) det slik: «Å forstå andre innenfra og en selv utenfra, utenfra i den forstand at vi forsøker å forstå hvordan andre kan forstå oss.» (Skårderud & Sommerfeldt, 2008).

#### ***3.5.1 Mentaliseringsbasert terapi i miljøet.***

Mentalisering i et miljøterapeutisk perspektiv omhandler en grunnleggende organiserende holdning om undring og en ikke-vitenhet. Anthony Bateman utviklet en kvalitetsmanual for mentaliseringsbasert terapi, som også gjelder for organiseringen i miljøet (Skårderud & Sommerfeldt, 2016, s. 114).

1. Ikke-vitende genuint nysgjerrig holdning.
2. Støtte og empati.
3. Klargjøring.
4. Utforsking.
5. Utfordring.
6. Følelsesfokus.
7. Det terapeutiske forholdet.

(Skårderud & Sommerfeldt, 2016, s. 114).

Likevel legger mentaliseringsbasert miljøterapi vekt på at sentrale elementer av improvisasjon er nødvendig for at terapien ikke skal bli opplevd som umenneskelig. Videre vektlegger mentaliseringsbasert miljøterapi fleksibilitet fremfor erfaring. Dette er fordi menneskene vi møter eksempelvis har forskjellig bakgrunn og da vil det være nødvendig å tilpasse seg (Skårderud & Sommerfeldt, s. 111).

Denne terapien er etablert med utgangspunkt i å kreve lite tilleggs trening i forhold til de generelle basiskunnskapene innen psykisk helse og psykisk uhelse (Bateman & Fonagy, 2010).

### **3.5.2 *Mentaliseringsbasert terapi ved psykotiske symptomer.***

Mentalisering er et relativt nytt teoretisk og terapeutisk begrep. Til tross for dette har begrepet vakt stor interesse i fagmiljøer innen rus og psykiatri (Skårderud & Sommerfeldt, 2008).

Mentaliseringsbasert terapi ble i utgangspunktet utviklet for personer med ustabil personlighetsforstyrrelse (borderline). Det legges av Skårderud & Sommerfeldt (2016, s. 260) frem at det per dags dato ikke er gjort et systematisk forsøk på å utvikle mentaliseringsbaserte programmer spesifikt rettet mot schizofreni og psykotiske lidelser, samt at det heller ikke foreligger forskning rettet spesifikt mot MBT som behandling av psykotiske lidelser (Skårderud & Sommerfeldt, 2016, s. 260). Wejers et al., (2016) legger likevel frem deg sannsynlige overførbarheten til psykotiske symptomer.

Pasienter med ikke-affektive psykotiske lidelser, på engelsk forkortet NAPD, som for eksempel schizofreni, opplever vanskeligheter med å kommunisere og har en tendens til å ha dårlig sosial problemløsningsevne. (Wejers et al., 2016).

Disse sosiale utfordringene er ofte knyttet til dårlig yrkesutfall og dårlig livskvalitet. Likevel er det få effektive og målrettede behandlinger som er utviklet for NAPD (Wejjers et al., 2016).

MBT som tilnærming har gjennom tidligere forskningsprosjekter vist seg å redusere symptomer ved ustabil personlighetsforstyrrelse, på engelsk forkortet BPD. I senere tid har det blitt lagt frem evidensbaserte begrunnelser for psykosegrenhet i ustabil personlighetsforstyrrelse (Wejjers et al., 2016).

Psykotiske symptomer, inkludert hallusinatoriske opplevelser og vrangforestillinger, forekommer jevnlig hos pasienter med BPD, så vel som for pasienter med NAPD. I en nylig studie som inkluderte pasienter med enten BPD eller schizofreni, møtte 17 % av deltakerne kriteriene for begge lidelser. Videre har forstyrrelser i selvbevissthet og selvpresentasjon blitt hevdet å spille en viktig rolle i begge lidelser. På bakgrunn av likhetene i opprinnelse og symptomer ved NAPD og BPD kan MBT være en tilsvarende egnet behandling ved ikke-afektive psykotiske lidelser (Wejjs et al., 2016).

### **3.6 Etikk og lovverk.**

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det at; «Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig». (NSF, 2016).

Et viktig etisk begrep i denne oppgaven er Iatrogene lidelser- lidelser påført gjennom terapi. Personer med alvorlige psykiske lidelser er i sårbare situasjoner og kan gjennom terapi føle seg retraumatisert (Skårderud & Sommerfeldt, 2016, s. 24).

Et viktig fokus ved de mentaliseringsbaserte praksisene er vektleggingen av de etiske aspektene ved behandling av personer med alvorlige psykiske lidelser. I mentaliseringsbaserte tilnærminger er den grunnleggende holdningen undring. Jo mer en klarer å se et annet menneske innenfra, samtidig som en ser seg selv utenfra- jo mindre sannsynlig er det å se pasienten som et «objekt», og dermed påføre pasienten skade (Skårderud & Sommerfeldt, 2016, s. 24).

### 3.7 Forskningsartikler.

<b>Tittel:</b>	<b>Tayside-Fife clinical trial of cognitive-behavioral therapy for medication-resistant psychotic symptoms.</b>
<b>Årstall:</b>	2003
<b>Forfatter:</b>	Durham, Guthrie, Morton, Ried, Treliving, Fowler & MacDonald.
<b>Hensikt:</b>	Hensikten med denne studien var å teste effektiviteten av kognitiv atferdsterapi til pasienter med medikamentresistente psykotiske symptomer, gitt av kliniske sykepleiere i rutinemessig praksis.
<b>Metode og utvalg:</b>	Kvantitativ studie som ble utført i Tayside og Fife, Skotland. 66 deltakere ble tilfeldig plassert til grupper med vanlig behandling (TAU), kognitiv atferdsterapi (CBT) og TAU eller støttende psykoterapi (SPT) og TAU. Deltakerne fikk 9 måneders behandling og 3 måneders oppfølging. Videre ble effektene av behandlingen sammenlignet.
<b>Resultat:</b>	De signifikante kliniske bedringer prosentmessig i de ulike gruppene var: CBT (33 %), SPT (16 %) og TAU (12 %).
<b>Konklusjon:</b>	Kognitiv atferdsterapi gitt av sykepleiere er en hjelpsom tilleggsbehandling til rutinemessig praksis for noen pasienter med kronisk psykose.



<b>Tittel:</b>	<b>Staff nurse perceptions of the impact of mentalization-based therapy skills training when working with borderline personality disorder in acute mental health: a qualitative study.</b>
<b>Årstall:</b>	2015
<b>Forfatter:</b>	Warrender.
<b>Hensikt:</b>	Denne studien tok sikte på å undersøke sykepleiernes oppfatninger av effekten av mentaliseringsbasert ferdighetstrening i arbeidet med pasienter med diagnosen ustabil personlighetsforstyrrelse.
<b>Metode og utvalg:</b>	Kvalitativ studie der data ble samlet inn ved at 9 sykepleiere deltok i fokusgruppeintervjuer.
<b>Resultat:</b>	Studien identifiserte 6 temaer som beskrev sykepleierens oppfatninger: Common sense approach, consistency of approach, empathy, flexibility, empowerment of staff, tolerating risk og MBT skills limitations.
<b>Konklusjon:</b>	Funnene fra intervjuene viste at sykepleieren hadde positive oppfatninger av den mentaliseringsbaserte ferdighetstreningen.

<b>Tittel:</b>	<b>Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial.</b>
<b>Årstall:</b>	1999
<b>Forfatter:</b>	Bateman & Fonagy.
<b>Hensikt:</b>	Denne studien omhandler pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse og tar sikte på å sammenligne psykoanalytisk orientert behandling for delvis institusjonaliserte pasienter med en kontrollgruppe av pasienter som mottar standard psykiatrisk behandling.
<b>Metode og utvalg:</b>	Kvantitativ studie. 38 deltakere ble tilfeldig plassert i gruppen som var delvis institusjonalisert eller gruppen som mottok vanlig psykiatrisk behandling. Deltakerne fikk 18 måneders behandling og effektene i de to gruppene ble sammenlignet.
<b>Resultat:</b>	Resultatene som ble identifisert var; antall selvmordsforsøk og selvskading, antall innleggelser, bruk av medisiner og selvrappotering av depresjon, angst, generell symptomatiske utfordringer, mellommenneskelig funksjon, samt sosial funksjon. De generelle resultatene av studien viste at pasientene som var delvis institusjonalisert viste signifikante bedringer både klinisk og symptomatisk.
<b>Konklusjon:</b>	Delvis institusjonalisering med psykoanalytisk orientert behandling kan være et effektivt tillegg til behandling av pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse.

<b>Tittel:</b>	<b>8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual.</b>
<b>Årstall:</b>	2008
<b>Forfatter:</b>	Bateman & Fonagy.
<b>Hensikt:</b>	Studien omhandler pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse. Denne studien sammenlignet effekten av mentaliseringsbasert terapi til pasienter som var delvis institusjonalisert med pasienter som mottok standard psykiatrisk behandling.
<b>Metode og utvalg:</b>	Kvantitativ studie med 41 deltakere fra originalstudien. Deltakerne ble plassert i grupper som mottok mentaliseringsbasert terapi eller standard psykisk helsehjelp. Effektene ble evaluert 8 år etter deltakelse i studien og 5 år etter avsluttet behandling.
<b>Resultat:</b>	Resultatene viste at 5 år etter behandlingen var avsluttet viste pasientene som mottok mentalisering signifikante effekter sammenlignet med kontrollgruppen når det gjaldt selvmord og selvmordsforsøk, diagnostisk status, medikamentbruk, bruk av poliklinisk behandling, global funksjon og yrkesstatus.
<b>Konklusjon:</b>	Pasientene som mottok 18 måneder med mentaliseringsbasert terapi hadde generelt bedre vedvarende effekter enn kontrollgruppen.

<b>Tittel:</b>	<b>Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid- en kvalitativ studie.</b>
<b>Årstall:</b>	2014
<b>Forfatter:</b>	Torbjørnsen, Strømstad, Aasland & Rørtveit.
<b>Hensikt:</b>	Hensikten med denne studien var å få et innblikk i sykepleierens refleksjoner rundt relasjonen mellom sykepleier og pasient, og hvordan ord som symptom og mestring, samt holdninger kan påvirke relasjonen.
<b>Metode og utvalg:</b>	Kvalitativ studie der data ble samlet inn ved at 7 sykepleiere og 1 hjelpepleier deltok i fokusgruppeintervjuer.
<b>Resultat:</b>	Resultatene ble identifisert gjennom ulike temaer. Hovedtemaet var; et ønske om å forstå pasientens livsverden. Uro over personalets språklige makt og anerkjennende tilstedeværelse var undertemaer.
<b>Konklusjon:</b>	Sykepleierne hadde positive opplevelser med å reflektere over relasjonens betydning i lys av temaer som symptom og mestring, og dette bidro til bedre utøvelse av praksis.

<b>Tittel:</b>	<b>Cognitive-Behavioral Therapy for Medication-Resistant Psychosis: A Meta-Analytic Review.</b>
<b>Årstall:</b>	2014
<b>Forfatter:</b>	Burns, Erickson & Brenner.
<b>Hensikt:</b>	Denne studien er en meta-analyse der hensikten var å undersøke effektiviteten av kognitiv atferdsterapi for polikliniske pasienter med medikament resistent psykose.
<b>Metode og utvalg:</b>	16 publiserte artikler som beskrev 12 kontrollerte randomiserte studier ble analysert og anvendt som data i denne meta-analysen.
<b>Resultat:</b>	Resultatene viste at kognitiv atferdsterapi i gjennomsnitt hadde medium effekt etter at behandlingene var avsluttet og var vedvarende ved oppfølging.
<b>Konklusjon:</b>	Evidensbasert forskning støtter påstanden om at kognitiv atferdsterapi er effektivt i behandlingen av resistente positive og generelle symptomer.

<b>Tittel:</b>	<b>Outcomes of an effectiveness of cognitive behavioral intervention by mental health nurses in schizophrenia.</b>
<b>Årstall:</b>	2006
<b>Forfatter:</b>	Turkington, Kingdon, Rathod, Hammond, Pelton & Mehta.
<b>Hensikt:</b>	Hensikten med studien var å undersøke om kognitiv atferdsterapi gitt av psykiatriske sykepleiere hadde kliniske viktige effekter knyttet til bedring, symptomer og reinnleggelser for pasienter med schizofreni ved oppfølging etter 1 år.
<b>Metode og utvalg:</b>	Kvantitativ studie der 336 pasienter var randomisert til enten kognitiv terapi eller standard psykisk behandling. Effektene ble vurdert i begge gruppene.
<b>Resultat:</b>	Deltakerne som mottok kognitiv atferdsterapi viste signifikante bedringer i forhold til innsikt, depresjon og tilbakefall ved 1 års oppfølging.
<b>Konklusjon:</b>	Psykiatriske sykepleiere bør få trening i kognitiv atferdsterapi når de arbeider med pasienter med schizofreni for å supplementære annen behandling.

## 4. Drøfting

I dette kapitelet vil jeg i lys av valgt forskning og litteratur forsøke å belyse hvordan sykepleier kan anvende mentaliseringsbasert terapi og kognitiv atferdsterapi i miljøet for å bidra til bedring hos pasienter med schizofreni preget av psykotiske symptomer.

Temaene som vil bli drøftet er: Menneske- til- menneske forholdet: relasjonens betydning i miljøterapeutiske tilnærminger, mentaliseringsbasert terapi: sykepleiers terapeutiske rolle, kognitiv atferdsterapi: sykepleiers terapeutiske rolle, mentalisering og bedring av symptomer, kognitiv atferdsterapi og bedring av symptomer, mentaliseringsbasert terapi og overførbarhet til praksis, kognitiv atferdsterapi og overførbarhet til praksis, samt etiske overveielser.

### 4.1 Menneske- til- menneske forholdet: relasjonens betydning i miljøterapeutiske tilnærminger.

I forskningen til Torbjørnsen et al., (2014) fremheves det hvor viktig det er å tilrettelegge for pasientens bedringsprosess. Videre beskrives det at relasjoner og mellommenneskelige forhold er avgjørende for denne prosessen. I tråd med Torbjørnsen et al., (2014) beskriver Hummelvoll (2016, s.55-56) i sin litteratur bedring slik; «En personlig reise, men der et godt reisefølge, i perioder, kan utgjøre den store kvalitative forskjellen- sett opp mot å måtte reise alene. Reiseruten må bestemmes av den enkelte ut fra egne verdier og forutsetninger, men gjennomføringen påvirkes av tilgjengelige midler og faktiske muligheter.». Dette underbygges ytterligere av Travelbee som i sin teori fremlegger at mellommenneskelige relasjoner kan påvirke til at den enkelte finner mening i egen lidelse og på denne måten kan mestre sykdommen og lidelsen på en bedre måte (Eide & Eide, 2013, s. 136).

Travelbee legger i sin teori fram fem punkter som hun beskriver som viktig for etableringen av menneske- til- menneske forholdet; Det innledende møtet og tolkninger, samt førsteinntrykk av hverandre, fremvekst av identiteter der sykepleier og pasient knytter bånd, empati der sykepleier utvikler forståelse for pasienten, sympati der sykepleier utvikler et ønske om å hjelpe pasienten og gjensidig forståelse og kontakt med realisering av relasjonen. For øvrig fremheves det at hun også vektlegger viktigheten av kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Imidlertid beskrives det at hun stiller seg kritisk til å bruke disse rollebetegnelse, med grunn i at betegnelse knyttet til rolleoppfatninger overskygger det unike i hvert individ (Eide & Eide, 2013, 135-139).

I tråd med Travelbee, belyser forskningen til Torbjørnsen et al., (2014) også at det for å oppnå mellommenneskelige forhold er viktig å anerkjenne mennesket og se hvert individ separat. En informant i studien fremhevet viktigheten av å se og forstå personen, og ikke bare pasienten. Informantene i studien var imidlertid også opptatt av språkets makt og beskrev kommunikasjon og språk som avgjørende i relasjonen med pasienten. Informantene hevdet videre at negative ladede ord som for eksempel symptomatiske beskrivelser, kunne forårsake dårlige holdninger og destruktive relasjoner. For øvrig foreslo informantene at ved å flytte fokuset fra negative ladede ord, som symptom, til positive ladede ord, som mestring ville dette medføre anerkjennelse for hver enkelt pasient og deres historie, samt bidra til mer hensiktsmessige relasjoner (Torbjørnsen et al., 2014).

Forskning og litteratur har ulike beskrivelser av betydningen av de mellommenneskelige relasjonene for bedring, men er imidlertid klart entydige om dens relevans og viktighet i arbeidet med pasienter. Dette kan vise til at relasjonen og menneske-til- menneske forholdet mellom sykepleier og pasient er en avgjørende faktor i miljøarbeid for å kunne bidra til bedring.

Sammenlagt kan dette peke i retning av at det ikke nødvendigvis er et fasitsvar, men at samtlige overnevnte faktorer kan være av relevans og kombineres, samt tilpasses enkeltindividet, slik at sykepleier kan etablere en hensiktsmessig relasjon.

#### **4.2 Mentaliseringsbasert terapi: sykepleiers terapeutiske rolle i miljøet.**

Skårderud & Sommerfeldt (2016, s. 114) hevder at sykepleier ved utøvelse av mentaliseringsbasert terapi først og fremst bør praktisere en ikke-vitende og nysgjerrig holdning ovenfor pasienten. Dette underbygges i Warrender (2015) sin studie, der det hevdes at denne holdningen viser at sykepleieren er genuint nysgjerrig i sin tilnærming til pasientens mentale helse. Videre legger Skårderud & Sommerfeldt (2016, s. 114) til at støtte og empati er en vel så viktig holdning i sykepleiers terapeutiske rolle, noe som igjen samsvarer med Warrender (2015) sin forskning, der det hevdes at støtte og empati er nøkkelen til en effektiv og vedvarende terapeutisk relasjon mellom sykepleier og pasient. Klargjøring beskrives videre i litteraturen som et viktig prinsipp sykepleier bør forholde seg til i sin terapeutiske rolle (Skårderud & Sommerfeldt, 2016, s. 114).



Dette er i tråd med Warrender (2015) sin forskning som beskriver viktigheten av å klargjøre og omdefinere sykepleiers forståelser, følelser og meninger rundt pasientens mentale helse, samt gjøre dette på en måte som åpner for diskusjon og samtale med pasienten. Videre legger forskningen og litteraturen fram to andre viktige elementer som overlapper hverandre i de mentaliseringsbaserte praksisene; sykepleiers evne til å hjelpe pasienten å utforske og deretter utfordre til andre perspektiver og tenkemåter som kan vurderes av pasienten (Skårderud & Sommerfeldt, 2016, s. 114; Warrender, 2015). Skårderud & Sommerfeldt (2016, s. 114) legger også vekt på viktigheten av følelsesfokus i møte med pasientene.

Warrender (2015) utdyper dette med at det er viktig å ha fokus på følelser i møte med pasienten for å kunne utnytte «her-og-nå relasjonen» og hjelpe pasienten til å identifisere sine problemer og konsekvenser som følge av dem.

Imidlertid legger både forskning og litteratur vekt på at det til tross for at det er prinsipper og holdninger sykepleier bør følge i praktiseringen av mentaliseringsbasert miljøterapi, også bør involvere sentrale elementer av improvisasjon og fleksibilitet. Det legges til grunn at dette er fordi mennesker er forskjellige og har ulike historier, samt situasjoner/hendelser som oppstår kan være uforutsette og kreve elementer av improvisasjon og fleksibilitet (Skårderud & Sommerfeldt, 2016, s. 111; Warrender, 2015).

#### **4.3 Kognitiv atferdsterapi: sykepleiers terapeutiske rolle i miljøet.**

I kognitiv atferdsterapi vil det ifølge Jordahl & Repål (2010, s. 153) likeledes være prinsipper og holdninger sykepleier i sin terapeutiske rolle bør ta hensyn til i møte med pasienter.

Jordahl & Repål (2010, s. 153) hevder at pasienter med psykotiske symptomer i mange tilfeller sliter med psykiske vansker og at de på bakgrunn av det kan ha utfordringer med å bearbeide informasjon, være aktiv i egen behandling, samt holde fokus lenge av gangen. Videre beskrives det av litteraturen at dette kan føre til at kognitiv atferdsterapi kan være vanskelig for enkelte pasienter å dra nytte av. Imidlertid beskriver Jordahl & Repål (2010, s. 153) at det i sykepleier sin terapeutiske rolle er tiltak og generelle prinsipper som kan imøtekomme disse pasientene. Å føre et tydelig språk, samt fokusere på et problem av gangen hevdes å være viktige terapeutiske prinsipper for å imøtekomme pasienter med psykotiske symptomer.

Videre beskriver Jordahl og Repål (2010, s. 153) at hjemmeoppgaver, skriftlig informasjon og registreringsskjemaer også kan være nyttige terapeutiske prinsipper i arbeidet med denne pasientgruppen.

For øvrig hevder litteratur og forskning at de generelle kognitive atferdsterapeutiske prinsippene også er en viktig del av sykepleiers terapeutiske rolle i miljøet (Helsedirektoratet, 2013; Jordahl & Repål, 2010, s. 152; Turkington et al., 2006).

Jordahl & Repål (2010, s. 152) beskriver de tre viktigste terapeutiske elementene som en ABC-modell, der A er en hendelse, B er en antakelse eller tenking rundt A, og C er en følelse eller handling som reaksjon på B. Det beskrives videre at sykepleiers terapeutiske oppgave er å prøve å forstå pasientens situasjon, samt utfordre pasienten til alternative tenkemåter, og følgelig medvirke til endring av følelser eller handlinger knyttet til en situasjon. Dette er i tråd med Turkington et al., (2006) sin forskning der sykepleierne fikk opplæring i de overnevnte kognitive atferdsterapeutiske teknikkene og følgelig anvendte disse i sin terapeutiske rolle i møte med pasientene.

Imidlertid legger forskningen til at det ved anvendelse av kognitiv atferdsterapi for pasienter med psykotiske symptomer også er viktig at sykepleier kan være fleksibel i sin tilnærming, slik at pasienters ulike behov kan imøtekommes (Turkington et al., 2006).

#### **4.4 Mentalisering og bedring av symptomer.**

Skårderud & Sommerfeldt (2008) beskriver mentaliseringsbasert terapi som et relativt nytt teoretisk og terapeutisk begrep, som har vakt stor interesse i fagmiljøer innen psykisk helsevern. Imidlertid beskrives det per dags dato likevel ikke å være utviklet mentaliseringsbaserte programmer spesielt rettet mot psykotiske lidelser (Skårderud & Sommerfeldt, 2016, s. 260). Dog viser litteratur til at mentaliseringsbasert terapi gjennom tidligere forskningsprosjekter har redusert symptomene ved lidelsen ustabil personlighetsforstyrrelse (Bateman & Fonagy, 2010; Wejjers et al., 2016).

Målet med mentaliseringsbasert terapi blir beskrevet som å fremme mentaliseringsevnen og på denne måten bedre individets evne til å regulere følelser, bevare identitet og delta i mellommenneskelige forhold (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Skårderud & Sommerfeldt (2008) beskriver imidlertid at et viktig aspekt i denne prosessen er gjensidig oppmerksomhet mellom pasient og sykepleier, der fokuset er pasientens mentale liv.

Funn i Bateman & Fonagy (1999) sin første studie viste at pasientene som var delvis institusjonalisert og mottok mentaliseringsbasert terapi, statistisk sett viste signifikante bedringer, sammenlignet med kontrollgruppen som mottok rutinemessig psykisk helsehjelp. Funnene viser til at det var flere symptomatiske effekter i mentaliseringsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen. Hele 78 % av kontrollgruppen brukte fortsatt medisiner etter intervensjonsslutt, sammenlignet med bare 38 % i mentaliseringsgruppen. De langsiktige effektene underbygges av Bateman & Fonagy (2008) sin oppfølgingsstudie, som viser til at pasientene som mottok rutinemessig psykisk helsehjelp i gjennomsnitt brukte antipsykotika i over 3 år, sammenlignet med de som mottok mentaliseringsbasert terapi og som i gjennomsnitt brukte antipsykotika i under 2 måneder. Videre viser både den første studien og oppfølgingsstudien at gruppen som mottok mentaliseringsbasert terapi hadde effekter både på kort sikt og på lang sikt også når det gjaldt antall selvmordsforsøk, rapportering av angst og depresjon, samt funksjonsnivå i forhold til yrkesaktivitet (Bateman & Fonagy, 1999; Bateman & Fonagy, 2008). I tillegg viste det seg at det i slutten av oppfølgingsperioden kun var 13 % av gruppen som mottok mentaliseringsbasert terapi som fortsatt møtte diagnosekriteriene for ustabil personlighetsforstyrrelse, sammenlignet med 87 % i kontrollgruppen. Imidlertid viste funn at den største forskjellen som spilte i pasientene som mottok mentaliseringsbasert terapi sin favør var bedring knyttet til impulsivitet og mellommenneskelige funksjoner (Bateman & Fonagy, 2008).

Målet med mentaliseringsbasert terapi slik det skildres i litteraturen av Skårderud & Sommerfeldt (2008) viser seg å samsvare godt med effektene ifølge funn i studiene til Bateman og Fonagy (1999) og (2008). Målet slik det hevdes av Skårderud & Sommerfeldt (2008) i form av følelsesregulering kommer til uttrykk i studiens funn ved bedring av depressive og angstpregete symptomer, samt impulsivitet. Videre viste studiens funn at den mentaliseringsbaserte gruppen hadde best utfall på bedring av mellommenneskelig funksjonalitet, noe som også samsvarer med et av hovedmålene med terapien ifølge Skårderud og Sommerfeldt (2008).

Ifølge forskning og litteratur viser det seg at mentaliseringsbasert terapi oppnår symptomatiske effekter som samsvarer med terapiens hensikt knyttet til ustabil personlighetsforstyrrelse.

Imidlertid er det usikkert om effektene er overførbare til psykotiske symptomer (Skårerud & Sommerfeldt, 2016, s. 260). Dette er med grunn i at det i samtlige litterære kilder hevdes at det per dags dato ikke eksisterer empirisk materiale på effekten av mentaliseringsbasert terapi knyttet til psykotiske lidelser (Skårerud & Sommerfeldt, 2016, s. 260; Wejers et al., 2016).

For øvrig påpeker Wejers et al., (2016) den sannsynlige overførbarheten i sin forskningsprotokoll. Det beskrives av litteraturen at de vanligste positive symptomene (tillegg av noe) ved psykotiske lidelser, inkludert Schizofreni, er sanseforstyrrelser med uttrykk i hallusinasjoner og tankeforstyrrelser i form av vrangforestillinger, som kan komme til uttrykk i for eksempel forfølgelsesideer og storhetsideer (Håkonsen, 2013, 334-335). Wejers et al., (2016) hevder at dette er symptomer som også forekommer jevnlig hos pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse. Videre hevdes det at pasienter med psykotiske lidelser, som schizofreni også har vanskeligheter med kommunikasjon, samt dårlig problemløsningsevne (Wejers et al., 2016).

I tillegg beskrives de vanligste negative symptomene (fravær av noe) ved psykotiske lidelser av litteraturen som avflatning av følelser som kan føre til tretthet, passivitet, tiltaksløshet og nedstemthet (Jordahl & Repål, 2010, s. 25). Symptomene beskrevet av Wejers et al., (2016) og Jordahl & Repål (2010, s. 25) for psykotiske lidelser samsvarer også med symptomene beskrevet i studiene til Bateman & Fonagy (1999) og (2008) for ustabil personlighetsforstyrrelse. Dette underbygges ytterligere av en nylig studie som inkluderte pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse og schizofreni, der 17 % av deltakerne møtte de diagnostiske kriteriene for begge lidelser. Imidlertid har det også i senere tid vært empiriske begrunnelser for psykosegrenhet i ustabil personlighetsforstyrrelse (Wejers et al., 2016).

Sammenlagt antyder litteratur og forskning at selv om det ikke eksisterer evidensbasert materiale knyttet til effekter mentaliseringsbasert terapi gir ved psykotiske lidelser, er det grunn til å tro at dette kan fungere på pasienter preget av psykotiske symptomer.

Mentaliseringsbasert terapi har vist seg i forskningen å bidra til bedring av både positive og negative symptomer ved ustabil personlighetsforstyrrelse. På bakgrunn av de overnevnte symptomatiske likhetene ved de to lidelsene, viser litteratur og forskning til at mentaliseringsbasert terapi kan være tilsvarende egnet ved psykotiske lidelser, som schizofreni.

#### **4.5 Kognitiv atferdsterapi og bedring av symptomer.**

Litteraturen hevder at pasienter med psykotiske lidelser til tross for adekvat medisinerings og et bredt spekter av andre tiltak, kan slite med symptomer som hørselshallusinasjoner og vrangforestillinger. Videre hevdes det at de utpregede symptomene kan begrense pasientene til å fungere optimalt i livet (Jordahl & Repål, 2010, s. 151). Imidlertid beskriver Jordahl & Repål (2010, s. 151) at den kognitive atferdsterapien for pasienter med psykotiske symptomer, retter seg spesielt mot reduksjon av nettopp hallusinasjoner og vrangforestillinger.

For øvrig beskriver litteraturen at tidsperspektivet for behandling av psykotiske symptomer også er noe lengre enn for andre psykiske lidelser, men at de samme prinsippene blir anvendt (Jordahl & Repål, 2010, s. 151). Målet med behandlingen slik det beskrives av Jordahl & Repål (2010, s. 151) er at pasienten skal bli kvitt sine psykotiske symptomer, spesielt knyttet til vrangforestillinger og hørselshallusinasjoner. Jordahl & Repål (2010, s. 151) sin beskrivelse av hensikten med kognitiv atferdsterapi samsvarer med Hummelvoll (2016, s. 56) sin beskrivelse av bedring; Bedring som en konsekvens av virksomme behandlingsintervensjoner (klinisk bedring). Denne forståelsen av bedring viser seg gjennom symptomfrihet og at en klarer å gjennomføre de dagligdagse oppgavene. For øvrig påpeker litteraturen at det i praksis er mer realistisk at pasienten skal mestre sine symptomer bedre og på den måten fungere bedre i hverdagslivet (Jordahl & Repål, 2010, s. 151).

Funn i forskningen til Turkington et al., (2006) viste at pasientene som mottok kognitiv atferdsterapi viste signifikante bedringer når det kom til innsikt og negative symptomer, som apati og isolasjon. Videre beskriver forskningen at den økte innsikten kan ha bidratt til at pasientene fikk bedre mestringsstrategier til å takle de negative symptomene. Imidlertid viste et interessant funn i studien at noen av pasientene som mottok kognitiv atferdsterapi økte rapporteringen av de positive symptomene. Turkington et al., (2006) hevder at dette kan ha hatt sammenheng med den økte innsikten og en vilje til å anerkjenne symptomer, grunnet redusert stigmatisering rundt problematikken.

I studien til Durham (2003), ble effektene av kognitiv atferdsterapi belyst mer generelt. Funn viste at en tredjedel av pasientene som mottok kognitiv atferdsterapi hadde 25 % reduksjon i generelle symptomer. Imidlertid var også et interessant funn i denne forskningen at ingen effekter ble funnet for kognitiv atferdsterapi på hørselshallusinasjoner.

For øvrig ble det i Burns et al., (2014) sin metaanalyse konkludert med at kognitiv atferdsterapi hadde medium effekt på de positive symptomene ved behandlingens slutt, og at effektene vedvarte ved oppfølging.

Målet med kognitiv atferdsterapi for psykotiske symptomer slik det beskrives av Jordahl & Repål (2010, s. 151), med spesielt fokus på de positive symptomene, samsvarer ikke helt med effektene funnet i de tre overnevnte studiene. De signifikante effektene ble funnet i studien til Turkington et al., (2006) på de negative symptomene, samt innsikt. Studiene er imidlertid ikke entydig om effekten av kognitiv atferdsterapi på de positive symptomene, da studien til Turkington et al., (2006) viste økt rapportering av positive symptomer, mens metaanalysen til Burns et al., (2014) viste at den kognitive atferdsterapien hadde medium effekt på de positive symptomene. Imidlertid viste Durham et al., (2003) sin studie at pasientene viste noe reduksjon i generelle symptomer, men at ingen effekter ble funnet ved hørselshallusinasjoner. Andre positive symptomer ble ikke spesifikt belyst i denne studien.

Sammenlagt viser forskning og litteratur til at kognitiv atferdsterapi har effekter ved psykotiske symptomer, spesifikt negative symptomer som apati og isolasjon. Forskningene er imidlertid uenige om effekten på de positive symptomene. For øvrig kan det bakgrunn av at metaanalysen har mer empiri bak sine funn enn de to andre forskningene, og i tillegg støttes av litteraturen, synes som om kognitiv atferdsterapi har medium effekter også på de positive symptomene, men at denne terapien alene ikke har optimal effekt.

#### **4.6 Mentaliseringsbasert terapi og overførbarhet til praksis.**

Mentaliseringsbasert terapi ble ifølge litteraturen etablert med utgangspunkt i å kreve lite tilleggstrening i forhold til den generelle kompetansen innen psykisk helse (Bateman & Fonagy, 2010). Skårderud & Sommerfeldt (2008) beskriver at terapiformen egner seg i flere terapeutiske sammenhenger, deriblant miljøterapi.

I Warrender (2015) sin studie fikk sykepleierne kun et 2-dagers fagutviklingskurs, med fokus på mentaliseringsbasert ferdighetstrening. Respondentene i studien fremla at de primært opplevde ferdighetstreningen som et nyttig verktøy, både for personale og for pasientene, i arbeidet med mennesker med ustabil personlighetsforstyrrelse. Det var enighet blant personalet om at de mentaliseringsbaserte ferdighetene var enkle og forstå, samt at det var et nyttig redskap i de uforutsette situasjonene der improvisasjon var nødvendig. Personalet var også enige om at ferdighetstreningen bidro til at sykepleierne hadde en konsekvent og felles tilnærming å forholde seg til, som hadde synlige effekter hos pasientene. For øvrig påpekte flere sykepleiere at de ikke oppfattet at bruken av de mentaliseringsbaserte ferdighetene hadde innvirkning på hvor mye tid de brukte med hver pasient.

Flere av sykepleierne la også fram at avdelingsmiljøet var veldig travelt og derfor i utgangspunktet ikke egnet for terapeutisk arbeid. Videre trakk respondentene frem at for å anvende de mentaliseringsbaserte ferdighetene mer effektivt med pasientene, var det nødvendig å få mer en-til-en tid med hver enkelt pasient. En sykepleier hevdet at vedvarende underbemanning, kombinert med høyt aktivitetsnivå i avdelingen hindret dette (Warrender, 2015). Videre presiserer Warrender (2015) at mentaliseringbasert terapi i miljøet gir fagfolk nyttige ferdigheter, men at det mangler et strukturert miljøbasert program. Forskningen hevder derfor at mentaliseringsbasert terapi kan anses mer som en verktøykasse med ferdigheter, framfor en direkte terapi når det blir anvendt i et avdelingsmiljø.

En sykepleier som jobber ved en psykiatrisk sengepost, hovedsakelig med psykosepasienter, hevder at de alltid prøver å ha fokus på mentaliseringsbaserte prinsipper i møte med pasientene.

Imidlertid er ikke forskning og litteratur helt entydig om terapiens funksjonsnivå i miljøet, da litteraturen til Skårderud & Sommerfeldt (2008) hevder at mentaliseringsbasert terapi egner seg vel så godt i et miljøterapeutisk perspektiv som i andre terapeutiske sammenhenger, mens forskningen til Warrender (2015) derimot mener at det er barrierer som hindrer effektiviteten av terapien i et travelt avdelingsmiljø.

Sammenlagt peker overnevnt litteratur og forskning i retning av at mentaliseringsbasert terapi er overførbart til praksis i den forstand at det ikke krever for mye opplæring av personalet. Mentaliseringbasert terapi har ifølge Warrender (2015) ikke utviklet et strukturert miljøbasert program, men viser seg likevel å være anvendbart for sykepleier i miljøterapeutiske sammenhenger. Det blir da beskrevet mer som en verktøykasse med ferdigheter og et organiserende prinsipp for personalet, framfor en direkte terapi til bruk i strukturerte intervensjoner.

#### **4.7 Kognitiv atferdsterapi og overførbarhet til praksis.**

Hallberg & Ørbeck (2009) hevder at kognitiv atferdsterapi lenge har vært forbeholdt leger og psykologer i individuell terapi, men at terapien kan være hensiktsmessig for både kommunikasjon og struktur for pasienter i et avdelingsmiljø. De beskriver videre at det i senere tid også har blitt langt mer vanlig at sykepleiere praktiserer kognitiv atferdsterapi, og at kurs og utdanninger i dag er tilgjengelig.

Hallberg & Ørbeck (2009) sine hevdelser er i tråd med studien til Turkington et al., (2006) der sykepleierne fikk et 10 dagers fagutviklingskurs i teknikker og elementer i kognitiv atferdsterapi. Sykepleierne hadde lang erfaring med å jobbe innen psykisk helsevern. For øvrig hadde de ingen grunnleggende kunnskaper om kognitiv atferdsterapi fra før av. Funnene i artikkelen viste at det å gi kognitiv ferdighetstrening til sykepleierne var både trygt og effektivt for pasientene (Turkington et al., 2006).

I samtale med samme sykepleier som hevdet at de fokuserte på mentalisering i møte med pasientene, beskrev han likeledes at kognitive atferdsterapeutiske prinsipper er et fokusområde i arbeidet med pasienter i avdelingen. Dette underbygges også videre av en sosionom, ved en annen psykiatrisk sengepost, der hun videre beskriver at; selv om vi ikke alltid tenker over hvilke spesifikke metoder vi bruker til enhver tid, prøver vi alltid å møte pasientene med mentaliserende holdninger og kognitive atferdsterapeutiske prinsipper. Begge informantene hevder også å se positive effekter hos pasientene ved bruk av disse prinsippene i miljøet.

Dette er i tråd med Løvås & Johansen (2012) som i sin fagartikkel hevder at det ved å flytte kognitiv atferdsterapi fra samtalerom til miljøet, vil åpne for muligheter til å utnytte situasjonene som oppstår «her og nå», og dermed lettere kunne utfordre uhensiktsmessige tankemønstre. Litteraturen underbygger videre kognitiv atferdsterapi sine fordeler i miljøet med deres erfaringer relatert til kognitiv atferdsterapi i samtalerom.

De hevder at det kan være utfordrende for pasienter å hente opp erfaringer fra hverdagslige situasjoner i en-til-en samtale med sin behandler, mens miljøterapeuten derimot sjeldent er langt unna (Løvås & Johansen, 2012).

Litteraturen beskriver imidlertid kognitiv atferdsterapi som en endringsorientert terapi, der behandlingen er personsentrert og organisert rundt pasientens målsetninger som de selv ønsker å oppnå (Eide & Eide, 2013, s. 351). Videre beskrives det i litteraturen at kognitiv atferdsterapi ikke er en direkte samtaleterapi, men at det også legges opp til mye deltakelse fra pasienten selv, i form av for eksempel hjemmeoppgaver og føring av registreringsskjemaer (Jordahl & Repål, 2010, s. 153).

Sammenlagt er forskning og litteratur entydige om at kognitiv atferdsterapi er overførbart til praksis i den forstand at terapiformen er mer tilgjengelig og anvendbar for sykepleiere i dag enn det var tidligere (Hallberg & Ørbeck, 2009; Turkington et al., 2006).



Litteratur samsvarer også med den erfaringsbaserte kunnskapen fra sykepleier og sosionom om terapiens fordeler og anvendbarhet i miljøet (Løvås & Johansen, 2012). Videre beskriver Jordahl & Repål (2010, s. 153) at kognitiv atferdsterapi ikke er en direkte samtaleterapi og at aktiv deltakelse fra pasienten er grunnleggende. Dette kan peke i retning av at kognitiv atferdsterapi ikke nødvendigvis krever lange samtaler og mye tid fra personalet ettersom at også pasienten er aktiv utøver i sin terapi. Avslutningsvis viser dette til at hvis personalet besitter den nødvendige kompetansen, er kognitiv atferdsterapi overførbart og anvendbart i et avdelingsmiljø.

#### **4.8 Etiske overveielser.**

Norsk sykepleierforbund (2016) fremlegger i de yrkesetiske retningslinjene at; Sykepleieren har et personlig ansvar for at egen praksis er faglig, etisk og juridisk forsvarlig.

Skårderud & Sommerfeldt (2016, s. 24) hevder så videre at det for å handle etisk i terapeutiske sammenhenger, er viktig å være bevisst på muligheten for at lidelse kan bli påført gjennom terapi (iatrogene lidelser). De beskriver at dette er med grunn i at personer med psykiske lidelser ofte befinner seg i kriser og sårbare situasjoner, og de hevder at terapi kan medføre at pasienten føler seg traumatisert på nytt (Skårderud & Sommerfeldt, 2016, s. 24). Imidlertid foreslår de at en ved å ha mentaliseringsbaserte holdninger i møte med pasientene, kan bidra til å redusere risikoen for å påføre pasienten skade gjennom terapi. De legger fram en hevdelse om at jo mer en praktiserer en undrende holdning, samt ser pasienten innenfra og seg selv utenfra, desto mindre sannsynlig er det å objektivisere pasienten og på den måten påføre skade (Skårderud og Sommerfeldt, 2016, s. 24).

Dette samsvarer med uttalelser fra sykepleierne i forskningen til Warrender (2015), der sykepleierne hevdet at den mentaliseringsbaserte ferdighetstreningen de mottok bidro til holdningsendringer hos personalet. Respondentene la videre frem at holdningsendringene hos personalet medførte at de møtte pasientene med mer empati og forståelse i vanskelige situasjoner, noe som igjen ble hevdet å redusere risikoen for iatrogene lidelser blant pasientene (Warrender, 2015).

Sammenlagt er litteratur og forskning entydige om risikoen for å påføre pasienten skade gjennom terapi.

Videre kan det ifølge Warrender (2015) og Skårderud & Sommerfeldt (2016, s. 24) synes som om at de mentaliseringsbaserte holdningene hos personalet fremmer undring, forståelse og empati ovenfor pasienten, og at dette igjen kan redusere risikoen for å påføre pasienten iatrogene lidelser.

## 5. Konklusjon.

Sammenlagt viser litteratur og forskning til at både kognitiv atferdsterapi og mentaliseringsbasert terapi er anvendbart i et miljøterapeutisk perspektiv.

Videre viser funn at kognitiv atferdsterapi har hatt effekt på psykotiske symptomer, men at terapien alene muligens ikke er tilstrekkelig. Mentaliseringsbasert terapi har vist å ha effekter på symptomer ved ustabil personlighetsforstyrrelse og kan på bakgrunn av likheter med psykotiske symptomer være en tilsvarende egnet terapi for pasienter med schizofreni preget av psykotiske symptomer. Ved videre fokus på sykepleiers terapeutiske rolle vektlegges det ulike holdninger og prinsipper i de to tilnærmingene, men felles for begge er viktigheten av en god relasjon, der det å se individet bak pasienten belyses å være av stor relevans i etableringen av menneske-til-menneske forholdet. For øvrig vises det til flere elementære holdninger og prinsipper som sykepleier bør besitte ved utøvelse av mentaliseringsbasert terapi i miljøet, eksempelvis; en ikke-vitende holdning, støtte og empati, klargjøring, utforsking, utfordring, følelsesfokus, samt fleksibilitet og improvisasjon. Ved anvendelse av kognitiv atferdsterapi fremlegges det at ABC-modellen, samt fleksibilitet er viktige prinsipper sykepleier i sin terapeutiske rolle bør anvende i miljøarbeidet. Mentaliseringsbasert terapi har gjennom forskning og litteratur vist seg å fungere mer som et organiserende prinsipp og en verktøykasse, fremfor en direkte terapi når det blir anvendt i miljøarbeidet.

Kognitiv atferdsterapi viste seg å kunne anvendes som en intervensjon av sykepleiere ettersom det er en terapiform som krever mye aktiv deltakelse fra pasienten selv og på den måten gjør det mer realistisk for sykepleier å gjennomføre. Videre vises det også at sykepleier bør ta i betraktning at terapi kan påføre pasienten skade, og er forventet å handle etter yrkesetiske retningslinjer, samt foreslått å praktisere mentaliseringsbaserte prinsipper for å redusere sannsynligheten for å påføre pasienten iatrogene lidelser. Avslutningsvis har kognitiv atferdsterapi mer omfattende empirisk bevis for å fungere på pasientgruppen, men funn i dette litteraturstudiet peker i retning av at sykepleier i sin terapeutiske rolle gjennom viktige holdninger og prinsipper, kan anvende begge tilnærmingene i miljøarbeidet for å bidra til bedring for pasienter med en schizofrenidiganose preget av psykotiske symptomer.

## Litteraturliste:

- Bateman, A & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*. Hentet fra:  
[https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.156.10.1563?url\\_ver=Z39.88-2003&rft\\_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft\\_dat=cr\\_pub%3Dpubmed](https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.156.10.1563?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft_dat=cr_pub%3Dpubmed)
- Bateman, A & Fonagy, B. (2008). 8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual. *The American Journal of Psychiatry*. Hentet fra:  
<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.2007.07040636>
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder: *World psychiatry*. DOI: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x
- Brauset, G. T., Sundbye, K. & Midgaard, C. (2017). Vellykket satsing på kognitiv miljøterapi: *Sykepleien*. DOI: 10.4220/Sykepleiens.2017.64279
- Braut, G. S. (2014). Miljøterapeut. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra:  
<https://sml.snl.no/miljøterapeut>
- Burns, A., Erickson, D & Brenner, C. (2014). Cognitive- Behavioral Therapy for Medication- Resistant Psychosis: A Meta- Analytic Review. *Psychiatrick Services*. DOI: 10.1176/appi.ps.201300213
- Dalland, O. (2013). Hva er metode? (5.utg.) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2013). Kilder og kildekritikk. (5.utg.) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Durham, R., Guthrie, M., Morton, R., Reid, D., Treviling, L., Fowler, D & MacDonald, R. (2016). Tayside- Fife clinical trial of cognitive- behavioral therapy for medication- resistant psychotic symptoms. *British journal of psychiatry*. DOI: 10.1192/bjp.182.4.303
- Eide, H. & Eide, T. (2013). Forandringsveiledning og motivasjon. (2.utg.) *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, H. & Eide, T. (2013). Relasjonsteorier. (2.utg.) *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hallberg, M. & Ørbeck, A. L. (2009). Kognitiv terapi gir gode resultater: *Sykepleien*. DOI: 10.4220/sykepleiens.2006.0018
- Helsedirektoratet. (2017). *Psykisk helsevernlov og psykisk helsevernforskriften med kommentarer*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Psykisk%20helsevernloven%20og%20psykisk%20helsevernforskriften%20med%20kommentarer.pdf>
- Helsedirektoratet. (2013). *Schizofreni- en av mange psykosediadnoser*. Hentet fra: [www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/12.hva-er-en-psykose/schizofreni](http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/psykoselidelser/12.hva-er-en-psykose/schizofreni)
- Helsedirektoratet. (2013). *Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/326/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-IS-1957.pdf>
- Holm, L., Oestrich, I.H., Austin, S., Beck, S., LaCour, L.L. & Lykke, J. (2006). At skape et behandlingsmiljø i likeverdigt samarbejde. *Kognitiv miljøterapi*. Virum: Dansk psykologisk forlag.

- Hummelvoll, J. K. (2016). Recovery og bedringsorientert omsorg. (7.utg.). *Helt- ikke stykkevis og delt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Håkonsen, K. M. (2013). Arbeid med mennesker med psykiske lidelser. (4.utg.). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Håkonsen, K. M. (2013). Når psykotiske reaksjoner er hovedproblemet. (4.utg.). *Innføring i psykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jordahl, H. & Repål, A. (2010). Kognitiv terapi ved psykoser. *Mestring av psykoser*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jordahl, H. & Repål, A. (2010). Å være psykotisk. *Mestring av psykoser*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kåss, E. (2018). Symptom. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra: <https://sml.snl.no/symptom>
- Løvaas, E. & Johansen, A. (2012). Gode erfaringer med kognitiv miljøterapi: *Sykepleien*. DOI: 10.4220/sykepleiens.2012.0013
- Malt, U. (2017). Schizofreni. *Store medisinske leksikon*. Hentet fra: <https://sml.snl.no/schizofreni>
- Norsk sykepleierforbund. (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Psykisk helsevernloven. (2017). Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.v. av 1 September 2017 nr. 2. Hentet fra: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-62#KAPITTEL_3)
- Skre, I. (2018). Terapi. *Store norske leksikon*. Hentet fra: <https://snl.no/terapi>

- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2016). Det sosiale mennesket. *Miljøterapi*boken. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2008). Mentalisering- et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskriftet den norske legeforening*. Hentet fra: <http://tidsskriftet.no/2008/05/kronikk/mentalisering-et-nytt-teoretisk-og-terapeutisk-begrep>
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2016). Mentaliseringsfremmende praksis. *Miljøterapi*boken. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2016). Miljøterapi og mentalisering. *Miljøterapi*boken. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2016). Å mentalisere i flokk. *Miljøterapi*boken. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sosial- og helsedepartementet. (1996). Åpenhet og ærlighet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. (Meld. St. 25 1996-1997). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000dddpdfs.pdf>
- Torbjørnsen, A. B., Strømstad, J. V., Aasland, A. M & Rørtveit, K. (2014). Relasjonens betydning i psykisk helsearbeid- en kvalitativ studie. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Hentet fra: [https://www.idunn.no/tph/2014/04/relasjonens\\_betydning\\_i\\_psykisk\\_helsearbeid\\_-\\_enkvalitativ](https://www.idunn.no/tph/2014/04/relasjonens_betydning_i_psykisk_helsearbeid_-_enkvalitativ)
- Turkington, D., Kingdon, D., Rathod, S., Hammond, K., Pelton, J & Mehta, R. (2006). Outcomes of an effectiveness trial of cognitive behavioral intervention by mental health nurses in schizophrenia. *The British journal of Psychiatry*. DOI: 10.1192/bjp.bp.105.010884

- Warrender, D. (2015). Staff nurse perceptions of the impact of mentalization-based therapy skills training when working with borderline personality disorder in acute mental health: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and mental health nursing*. DOI: 10.1111/jpm.12248
- Weijers, J., Kate, C-T, Eurelings-Bontekoe, E., Viechtbauer, W., Rampaart, R., Bateman, A. & Selten, J-P. (2016). Mentalization-based treatment for psychotic disorder: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. DOI: 10.1186/s12888-016-0902-x